

Tekst infirmeryjny albo topografia doświadczenia medycznego*

ABSTRACT. Boruszkowska Iwona, *Tekst infirmeryjny albo topografia doświadczenia medycznego* [Infirmatory text or the topography of medical experience]. „Przestrzenie Teorii” 28. Poznań 2017, Adam Mickiewicz University Press, pp. 109–127. ISSN 1644-6763. DOI 10.14746/pt.2017.28.4.

The article is a theoretical proposition for a new research category applied to descriptions of diseases within cultural texts. The author proposes a category tying together spatiality and disease, hence the concept of infirmatory, which testifies to the complex relationships between space and the experience of illness, or more generally, medical experience, or between the place and the existence of a diseased person, the topography of medical experience. The word „infirmatory” will at first glance evoke images of sickbay, i.e. the place for individuals suffering from a medical condition, where they are provided with treatment, and the locus of norm-transgression (that is to say, the norms of the sane society), as well as of stigmatization practices concerning the individual transgressors or deviants, and also of whatever actions are performed on those very individuals (for example, at the hands of doctors or medical personnel). In a nutshell, the concept will evoke all the forms of experience connected with health, disease, treatment practice (both in terms of those providing treatment and those being treated). The infirmatory text will be a concept bringing together the narratives of a specific medical experience and the place/space, merging the discourse of disease (but also of health) with a spatial perspective. When speaking of infirmatory text, we enter a very broad and multidimensional area situated between literature and medicine. An infirmatory text is not limited to all spatial narratives concerning medical experiences, but also touches on extreme emotional experience (the power of affect), the diseases of soma and psyche, the medical institutions and the professional and social roles within their premises, the histories of diseases (especially in the form of autobiographical narratives), affective constructs in which emotions carry the role of „playing the part” of the world and constituting identities.

KEYWORDS: infirmarium text, illness experience, defect, defect experience, space and place, heterotopia

Truizmem trąci stwierdzenie, że przestrzeń jest jedną z podstawowych kategorii teoretyczno-literackich¹, obejmującą liczne elementy znaczeniowe

* Artykuł jest fragmentem rozdziału obronionej w 2017 roku na Wydziale Polonistyki UJ rozprawy doktorskiej *Sygnatury choroby – literatura defektu w ukraińskim modernizmie* (Łesia Ukrainka, Olha Kobylańska, Wołodymyr Wynnyczenko, Mykoła Kulisz). Publikacja powstała przy wsparciu finansowym Narodowego Centrum Nauki w ramach stypendium doktorskiego na podstawie decyzji numer DEC-2014/12/T/HS2/00141.

¹ Tego wątku pozwolę sobie nie rozwijać, odsyłając tylko do klasycznych już prac: M. Bachtin, *Czas i przestrzeń w powieści*, tłum. J. Faryno, „Pamiętnik Literacki” 1974, nr 4, s. 273–311; G. Bachelard, *Dom rodzinny i dom oniryczny*, tłum. A. Tatarkiewicz, [w:] tegoż, *Wyobrażenia poetycka*, Warszawa 1975; H. Markiewicz, *Czas i przestrzeń w utworach narracyjnych*, [w:] tegoż, *Wymiary dzieła literackiego*, Kraków 1984; Z. Minc, *Struktura „przestrzeni*

i wyobrażone dzieła, a także pełniącą ważną funkcję w konstrukcji utworu (nie tylko świata przedstawionego). Różne wyobrażenia przestrzenne i sposoby ich kształtowania niejednokrotnie odsyłają do pojęć będących tworam filozoficznymi bądź kulturowymi, a nie do miejsc rzeczywistych (choć te chciałabym traktować na równi z konstruktami, miejscami wyobrażonymi i nie-miejscami). Kategoria przestrzenna powiązana jest z różnymi przedstawieniami – opozycjami: ja–ty/inny, moje/twoje, pozytywne/negatywne, swój/obcy, otwarte/zamknięte, które wskazują na przestrzeń fizyczną i jej sensy naddane (elementy duchowe).

Antropologia miejsca i przestrzeni², dzięki narzędziom takim jak teorie miejsc i nie-miejsc lub mapping literacki, pozwala nam zwiększyć wieloznaczność, bogactwo i skomplikowanie przestrzeni jako kategorii badawczej³. Elżbieta Rybicka wskazuje, że jedną z konsekwencji wzrostu zainteresowania przestrzenią i zaistnienia zwrotu topograficznego jest „lokalizacja kultury”⁴, czyli uznanie, że przestrzeń jest jednym z najważniejszych kontekstów, również w obrębie interpretacji fenomenów kulturowych.

artystycznej” w liryce A. Błoka, tłum. J. Faryno, [w:] *Semiotyka kultury*, wyb. i oprac. E. Janus i M.R. Mayenowa, Warszawa 1977; J. Sławiński, *Przestrzeń w literaturze: elementarne rozróżnienia i wstępne oczywistości*, [w:] *Przestrzeń i literatura: studia*, red. M. Głowiński, A. Okopień-Sławińska, Warszawa 1978.

² Przedmiotem refleksji współczesna antropologia przestrzeni czyni miejsce i przestrzeń, definiując te lokalizacje, dokonując ich redefinicji i wprowadzając rozróżnienia. Terminami „miejsce” i „przestrzeń” posługują się zarówno w znaczeniu potocznym, jak i w rozumieniu badaczy zagadnienia – np. Yi-Fu Tuana, który stwierdza: „«Przestrzeń» jest bardziej abstrakcyjna niż «miejsce». To, co na początku jest przestrzenią, staje się miejscem miarę poznawania i nadawania wartości” (s. 16) oraz: „Zamknięta i uczłowieczona przestrzeń staje się miejscem. W porównaniu z przestrzenią miejsce jest spokojnym centrum ustalonych wartości. [...] Miejsce jest pauzą w ruchu”. Yi-Fu Tuan, *Przestrzeń i miejsce*, tłum. A. Morawińska, Warszawa 1987, s. 175. Warto też przypomnieć trzy podstawowe aspekty miejsca, jakie określił John Agnew: umiejscowienie na mapie, kształt materialny oraz *sense of place* – zob. J. Agnew, *Place and Politics. The Geographical Mediation of State And Society*, Boston 1987. Antropologiczne definicje miejsca bazują na odniesieniu i określeniu względem przestrzeni: miejsce to „przestrzeń oswojona i zhumanizowana, część przestrzeni brzemienna w sens. Uważa się, że przestrzenie otrzymują swą swoistość od miejsc” – jak zauważa Zbigniew Rykiel – zob. Z. Rykiel, *Miasto jako miejsce a przemiany jego architektury, symboliki i świadomości terytorialnej mieszkańców*, [w:] *Przemiany miasta. Wokół socjologii Aleksandra Wallisa*, red. B. Jałowiecki, A. Majer, M.S. Szczepański, Warszawa 2005.

³ Zob. E. Rybicka, *Od poetyki przestrzeni do polityki miejsca. Zwrot topograficzny w badaniach literackich*, „Teksty Drugie” 2008, nr 4, s. 21–38. Zob. także K. Schlögel, *Spatial turn, nareszcie*, [w:] tegoż, *W przestrzeni czas czytamy. O historii cywilizacji i geopolityce*, tłum. I. Drozdowska, Ł. Musiał, posłowie H. Orłowski, Poznań 2009, s. 56–68.

⁴ E. Rybicka, *Geopoetyka (o mieście, przestrzeni i miejscu we współczesnych teoriach i praktykach kulturowych)*, [w:] *Kulturowa teoria literatury. Główne pojęcia i problemy*, red. M.P. Markowski, R. Nycz, Kraków 2006, s. 477–482.

W gęstej siatce terminów związanych z szeroko rozumianą spacialnością pojawić się powinno jeszcze jedno pojęcie – **infirmarium** (czy też w spolszczonej wersji: infirmeria) – będące świadectwem skomplikowanych relacji między przestrzenią a doświadczeniem choroby czy, szerzej, doświadczeniem medycznym, bądź między miejscem a egzystencją chorej jednostki. Wyznacza ono swoistą topografię doświadczenia medycznego. Infirmarium⁵ jako miejsce i jako koncept ma konkretne konotacje – w pierwszym skojarzeniu będzie odsyłać nas do izby chorych, a więc do miejsca, w którym przebywają jednostki dotknięte schorzeniem, miejsca ich leczenia, praktyk zarówno przekraczania norm (zdrowego społeczeństwa), jak i stygmatyzacji osób te normy przekraczających czy od nich odstających oraz wszelkich czynności na tych jednostkach dokonywanych (na przykład przez lekarzy czy personel hospitalizujący), słowem: do wszelkich form doświadczenia związanego ze zdrowiem, chorobą, praktykami leczniczymi (i to zarówno leczących, jak i leczonych). Aby konkretną przestrzeń – a skupimy się tu na przestrzeni literackiej, czy też literackich reprezentacjach „medycznych” przestrzeni realnych – określić jako infirmaryjną, winna ona spełniać kilka warunków wstępnych, by uruchomić, ale też przewartościować pewne kody kulturowe. Infirmarium to – mówiąc najogólniej – pole **doświadczenia medycznego**⁶, zatem też miejsce przejawiania się symptomów, praktyk mających na celu uleczenie, zgłębienie choroby, poznanie chorego – by odwołać się do formuły Antoniego Kępińskiego⁷, a także miejsce przebywania chorego, „dziania się” choroby (pogłębiania się jej bądź leczenia), przestrzeni, w której dokonywana jest terapia, próba hospitalizacji. Doświadczenie choroby, które jest jednym z podstaw doświadczenia medycznego, zmienia rozumienie istnienia, niejako otwiera możliwości poznania egzystencji, uobecnia inne znaczenia, zmienia sposób funkcjonowania w przestrzeni, wpływa na codzienną rzeczywistość. Infirmarium, może to być zatem zarówno własny pokój cierpiącego na agorafobię, jak i puste korytarze klinik, sterylne wnętrza sal operacyjnych czy gabinety terapii lub sale terapii zbiorowych (podane przykłady tytułem egzemplifikacji). Ponadto pojęcie to należy rozszerzyć na miejsca związane z **pod-**

⁵ Infirmeria – etym. – fr. – *infirmerie* ‘sala dla chorych’ od *infirmes* ‘słab(owit)y, ułomny’ z łac. *infirmus* ‘słaby, chory’; izba dla chorych w szkołach, klasztorach, koszarach lub innych budynkach zamieszkiwanych przez duże grupy osób.

⁶ Choroba i śmierć, będące nieodłącznym elementem bytu, pozostają istotną częścią doświadczenia medycznego, przewartościowują priorytety, zmieniają sposób postrzegania świata, wywołując różnorodne postawy. Doświadczenie medyczne to część stanu egzystencjalnego człowieka znajdującego się w stanach zdrowia i choroby, pozostaje jednym z najbardziej osobistych, wewnętrznych i uwewnętrznionych wymiarów egzystencji. Odkrywa przed jednostką sensy i znaczenia wcześniej nieuświadamiane.

⁷ A. Kępiński, *Poznanie chorego*, Kraków 2013.

miotem słabym, głównie przez dominującą tendencję łączenia podmiotu słabego z **chorobą**; więc z jednej strony jest to miejsce związane z wszelkimi aspektami opozycji zdrowe/chore, a z drugiej – miejsce konstrukcji czy autokonstrukcji nowego „ja”, Foucaultowskiej „gry” nadzoru, izolacji, wykluczeń, ale także gry o tożsamość zdrowego lub chorego, obszar doświadczenia medycznego widziany zarówno z racji wykonywanej profesji (lekarze, pielęgniarki, sanitariusze, wolontariusze, ratownicy medyczni, itd.), jak też z perspektywy pacjenta.

Infirmarium to przestrzeń społecznie wyprodukowana, konstrukt kulturowy, który lokalizuje się na granicy zdrowia i choroby (życia i śmierci) czy też świata normalnego i świata chorych. Jest miejscem, gdzie podtrzymywane są różnice, uwypuklane odmienności, gdzie panuje hierarchiczna struktura (np. relacji pacjent – lekarz), a podziały na zdrowych i chorych wyraźnie się zaznaczają. Infirmeryjną przestrzenią rządzą reguły i zasady, którym jednostka musi się poddać (choć często się przeciw nim buntuje).

Infirmarium a Foucaultowska heterotopologia choroby

W wykładzie wygłoszonym 14 marca 1967 roku Michael Foucault zapowiedział, że „obecna epoka będzie przypuszczalnie w większym stopniu epoką przestrzeni”⁸ i nakreślił wizję świata jako „sieci łączącej punkty i przecinającej własne poplątane drogi”⁹. Rozważając przestrzeń jako jedno z najważniejszych w doświadczeniu Zachodu pojęć, francuski filozof tworzy kategorię heterotopii – innych przestrzeni. Heterotopia to przestrzeń naszycona jakościowo, przestrzeń relacji, przestrzeń opozycji. Foucault pisze o dwóch rodzajach miejsc: utopiach – miejscach bez rzeczywistej przestrzeni – i heterotopiach – „miejscach poza wszelkimi miejscami”, „odmiennymi od wszystkich miejsc”¹⁰. Nie odpowiada wprost na pytanie, czym są heterotopie i w jaki sposób je opisać, zauważa przy tym, że „nie ma przypuszczalnie na świecie takiej kultury, która nie tworzyłaby heterotopii. [...] Ale heterotopie przyjmują bardzo zróżnicowane formy i [...] nie można znaleźć ich formy uniwersalnej”¹¹. Do miejsc heterotopicznych, które „posiadają osobiłą właściwość pozostawania w relacji z wszystkimi innymi miejscami”¹², zalicza miejsca uprzywilejowane, święte, zakazane, zastrzeżone dla

⁸ M. Foucault, *Heterotopie – Inne przestrzenie*, tłum. A. Majewska, „Teksty Drugie” 2005, nr 6, s. 117.

⁹ Tamże.

¹⁰ Tamże, s. 120.

¹¹ Tamże, s. 121.

¹² Tamże.

wybranych – dla młodych, starców, kobiet w ciąży, czyli ogólnie dla „jednostek w kryzysie” – będą to „heterotopie kryzysu” (np. harem, internat). Heterotopie kryzysu wypierane są przez tak zwane „heterotopie dewiacji”, gdzie sytuowane są jednostki o zachowaniu naruszającym normę – będą to dla przykładu sanatoria, szpitale psychiatryczne, więzienia¹³. Omawiany typ przestrzeni Foucault charakteryzuje w sposób następujący: „mają niezwykłą właściwość znajdowania się w relacji z wszystkimi innymi miejscami, ale w taki sposób, że wstrzymują, neutralizują bądź odwracają one całość relacji, które desygnują, odbijają lub odzwierciedlają. Przestrzenie te [...] znajdują się w związku z wszystkimi innymi, które jednak kształtują się w opozycji do wszystkich innych miejsc”¹⁴.

W Foucaultowskiej heterotopologii podstawową funkcją miejsca jest „tworzenie przestrzeni iluzji”¹⁵, gdyż nie żyjemy wewnątrz pustki, a w sieci relacji przestrzennych. Opisane przez filozofa heterotopie to miejsca zaburzenia znaczeń, odnalezienia siebie, gdzie w kawałku przestrzeni zawarty jest cały wszechświat – pozwalają one dzięki temu na doświadczenie domostwa, zakorzenienia (zbudowane na zaangażowaniu) w zupełnie obcych/innych przestrzeniach. Warto podkreślić, że inno-miejsce jest w koncepcji francuskiego filozofa odbiciem realnej przestrzeni, nie istnieje obiektywnie, a jest jedynie sposobem postrzegania przestrzeni jako nacechowanej. Zatem te miejsca rzeczywiste są wyznaczane wraz z rozwojem społeczeństwa, są pewnego rodzaju kontrmiejscami, odzwierciedlają inne przestrzenie, pozostając ich zanegowaniem, co czyni je całkowicie odmiennymi.

Z wszystkich opisanych przez Michela Foucaulta w eseju *Inne przestrzenie* miejsc najbardziej interesują mnie heterotopie dewiacji związane z chorobami; przestrzenie, w przypadku których w zespole relacji, jakie charakteryzują dane miejsce, znajduje się choroba. Infirmarium – izba chorych – jako pojęcie znajduje się na przecięciu Foucaultowskich hetero-miejsc kryzysu i dewiacji, jeżeli podstawowe w opisie infirmerium doświadczenie choroby rozpatrywać można ogólnie jako kryzys, a czasami jako dewiację – zwłaszcza w przypadku chorób psychicznych – w znaczeniu odchylenia od panującej normy.

Infirmaria to *lieux* wytworzone przez kulturę, mające zróżnicowane formy i konkretne funkcje wewnątrz społeczeństwa, wśród których to funkcji wymienić można regulację stosunków między zdrowymi a chorymi, ustanawianie norm zdrowego społeczeństwa czy zaspokajanie potrzeb jednostek i grup (realizacja zadań powierzonych im przez daną zbiorowość, które

¹³ Wśród innych miejsc heterotopicznych autor wymienia ogrody, kina, cmentarze, archiwa, muzea, biblioteki, gabinety, jarmarki, peryferia, łaźnie, sauny etc.

¹⁴ M. Foucault, *Heterotopie...*, s. 7–13.

¹⁵ Tamże, s. 124.

w imieniu grupy wykonują jej przedstawiciele). Miejsca te mają ponadto ściśle określone wewnętrzne struktury, a także różne wymiary – mogą stanowić płaszczyznę współlistnienia wykluczających się przestrzeni, np. przestrzeni choroby i przestrzeni zdrowia¹⁶. Infirmerium jest heterotopologiczne, podobnie jak Foucaultowska kategoria, wpisuje się w system otwartego i zamkniętego miejsca jednocześnie, czy też wprowadza pozór otwartości, czyniąc z izb chorych zamkniętą przestrzeń, oddzieloną od życia/świata/zdrowia granicą choroby. Oczywiście większy dostęp i swobodę przemieszczania mieć będą ludzie z zewnątrz – personel medyczny, odwiedzający, a nie pacjenci, których do miejsca niejako przywiązuje doświadczenie choroby. Ponadto, podobnie jak inne miejsca u Foucaulta, „miejsce choroby” otwiera się na odmienność czasową (heterochronia), wywołuje zaburzone doświadczanie czasu – minuty, godziny, dni akumulują się lub „uciekają” podczas choroby.

W swoich pracach autor *Innych przestrzeni* również wskazuje na powiązania miejsca z dyscyplinowaniem i kontrolą jednostek – w *Nadzorować i karać*¹⁷ opisuje system norm oparty na regulacjach spacialnych, kiedy to jednostka zostaje poddana władzy poprzez jej umiejscowienie w konkretnej przestrzeni, a w *Historii szaleństwa w dobie klasycyzmu*¹⁸ prezentuje czytelnikom heterotopię w swych cechach idealny dom nadzoru penitencjariuszy. Wynikiem relacji, jaka zachodzi między podmiotem a miejscem w powyższych koncepcjach francuskiego filozofa, jest uprzedmiotowienie, które dokonuje się w określonych miejscach.

Infirmerium jako miejsce tranzytowe

Paradoksalność infirmerium jako miejsca polega na pewnej spacialnej niekompatybilności, nakładaniu się kilku porządków, łączeniu wykluczających się elementów. Sprzeczność ta przejawia się w tym, że przestrzenie infirmaryjne jednocześnie postrzegać można jako zamknięte i jako otwarte, mające przepuszczający czy tranzytowy charakter, będące częścią publicznej i prywatnej sfery. Infirmerium jest miejscem przejściowym, w nim kumuluje się symboliczna przelotność, przemijalność, prowizoryczny charakter egzystencji.

¹⁶ Zob. zasady określające miejsca heterotopyczne wg M. Foucaulta, tegoż, *Heterotopie...*, s. 121–124.

¹⁷ Tenże, *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, tłum. T. Komendant, Warszawa 1998.

¹⁸ Tenże, *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, tłum. H. Kęszycka, Warszawa 1987.

Współczesne badaczki przestrzeni (zwłaszcza przestrzeni miejskiej) – Ewa Rewers¹⁹ i Krystyna Rembowska²⁰ – w swoich analizach miast późnej nowoczesności wskazują, że zostaliśmy wywłaszczeni z miejsc, a tym samym pozbawieni sfery zakorzenienia, która pozwala nam kształtować i rozwijać naszą tożsamość²¹. Francuski antropolog Marc Augé twierdzi, że tym, co charakteryzuje naszą wizualną rzeczywistość, są nie-miejsca²² – jak określa sfery tranzytowe, które jedynie udają tradycyjne przestrzenie, często wykorzystując nadmiar. Z nie-miejscami wiązą się przepływ, ruch i brak przynależności – zarówno terytorialnej, jak i emocjonalnej. Nie-miejsca budują zatem poczucie przelotności, bycia na chwilę, niewymagającego zaangażowania. Więcej nawet: nie-miejsca przemierzają ludzie bez właściwości, żyjący w nieustannym lęku, niezdolni do autentyzmu i wzajemności (co wyklucza wszelkie uczucia). W opozycji do nie-miejsca Augé wprowadza kategorię miejsca antropologicznego²³ – służącego identyfikacji, będącego

¹⁹ E. Rewers, *Post-polis. Wstęp do filozofii ponowoczesnego miasta*, Kraków 2005.

²⁰ *Terytorium, region, miejsce – czas i przestrzeń w geografii*, pod red. W. Maika, K. Rembowskiej, A. Suliborskiego, Bydgoszcz 2008.

²¹ E. Rewers, dz. cyt., s. 21.

²² Pojęcie „nie-miejsca” (fr. *non-lieu*, ang. *non-places*) pochodzi prawdopodobnie z pracy Michela de Certeau, *Wynaleźć codzienność. Sztuki działania*, tłum. K. Thiel-Jańczuk, Kraków 2008. Kolejne sensy nie-miejscom nadają Sylviane Agacinski („*Chefs-lieux*”, [w:] *La Ville inquiète*, Paris 1989) i Marc Augé (*Nie-miejsca. Wprowadzenie do antropologii hipernowoczesności*, tłum. R. Chymkowski, Warszawa 2011).

²³ O statusie pojęciowym miejsca antropologicznego pisze Augé następująco: „Zarezerwujemy termin ‘miejsce antropologiczne’ dla tej konkretnej i symbolicznej konstrukcji przestrzeni, która nie może sama opisać zmiennych kolei i sprzeczności życia społecznego, lecz do której odnoszą się wszyscy ci, którym przypisuje ona jakieś miejsce, jakkolwiek skromne by ono nie było. [...] Miejsce antropologiczne jest jednocześnie zasadą sensu dla tych, którzy je zamieszkują, i zasadą inteligibilności dla tych, którzy je obserwują. [...] Miejsca te mają przynajmniej trzy wspólne cechy. Chcą się widzieć (chce się je widzieć) jako służące identyfikacji, racjonalne i historyczne. [...] Michel de Certeau widzi w miejscu ‘porządek (jakkolwiek) decydujący o rozmieszczeniu elementów w stosunkach współistnienia’ i jeśli wyklucza, by dwie rzeczy mogły znajdować się na tym samym miejscu, jeśli powiada, że każdy element jest położony obok innych, na ‘własnym’ miejscu, definiuje miejsce jako ‘tymczasową konfigurację położeń’. Innymi słowy, w tym samym miejscu mogą oczywiście współistnieć różne oddzielne i pojedyncze elementy, ale nie przeszkadza to myśleć ani o ich relacjach, ani o tożsamości podzielanej, którą nadaje im zajmowanie wspólnego miejsca. [...] Jest tylko wyobrażeniem, częściowo zmaterializowanym, które tworzą ludzie je zamieszkujący na temat swojej relacji do terytorium, do swoich bliskich i do innych. Idea ta może być cząstkowa lub zmitologizowana. Zmienia się wraz z zajmowanym przez każdego miejscem i punktem widzenia”. M. Augé, dz. cyt., s. 34–50. Aby pogłębić rozważania na temat miejsca antropologicznego, warto sięgnąć do fenomenologicznych ujęć problemu, które podkreślają wzajemność relacji człowiek–miejsce: jednostka poprzez swoje bycie w miejscu wpływa na jego charakter, ustanawia je, a jednocześnie miejsce kształtuje tożsamość człowieka – zob. H. Buczyńska-Garewicz, *Miejsca, strony, okolice. Przyczynek do fenomenologii przestrzeni*, Kraków 2006: „Miejsce [...] pewien indy-

siecią relacji, mającego historię. Jedynie takie miejsce i przetwarzanie takiej przestrzeni może służyć formowaniu tożsamości. Z koncepcji Marca Augé wyłania się „świat, którego przeznaczeniem jest samotna indywidualność, w drodze, w tymczasowości i efemeryczności”²⁴. Najciekawsze w koncepcji Augé zdaje się być „praktykowanie przestrzeni”. Francuski badacz, pisząc o miejscu tworzonym przez zapisywanie opowieści, przywołał Michela de Certeau, który twierdzi, że „czytanie jest przestrzenią, wytworzoną przez praktykowanie miejsca”²⁵. Przestrzeń jako praktyka miejsc posługuje się nie tylko przemieszczaniem podróżnika, ale także przemieszczaniem pejzaży, ich rekonstruowaniem w opowieści. Czy w przestrzeni jednostka doświadcza sama siebie jako widza? Co jest wtedy obserwowane, co jest widowiskiem? Według Augé’a²⁶ niezależnie od tego, czy kontemplujemy bezkres oceanu, piramidy, obce miasta czy egzotyczne krajobrazy, jest to nasz antycypowany obraz, który nosi po prostu inne imię. Przyjmując taki punkt widzenia, w każdej przestrzeni odnaleźć możemy nie-miejsca.

Infirmerium nie będzie nie-miejscem w ścisłym znaczeniu, bo też żadnych spójnych i konkretnych wyznaczników tych *topoi* Augé w klasycznym już eseju nie proponuje, jednak mieć będzie pewne cechy tej konstrukcji spacji²⁷. Będzie obszarem anonimowym w tym sensie, że każdy z pacjentów w zasadzie odzierany jest ze swojej jednostkowej tożsamości, pozbawiany jest indywidualności, pozostaje jednym z wielu pacjentów, człowiekiem z diagnozą, numerem w szpitalnej sali. Izba chorych jest też miejscem płynnym, przejściowym i tymczasowym, pozostaje antytezą domu, przestrzenią obcą i trudną do oswojenia, bardziej odwiedzaną niż „zamieszkiwaną”. Infirmerium będzie zatem typem nie-miejsca zdominowanym przez efemeryczne czy przechodnie doświadczenie medyczne, w którym to podmiot defektywny²⁸ próbuje skonstruować jedną ze swoich chwilowych kolejnych *quasi*-tożsamości – tożsamość chorego. A jednym z emblematów infirmerium okaże się egzystencjalna samotność, odczuwane przez podmiot wyobcowanie, inność, wykorzenienie. Można zatem patrzeć na przestrzenie

widualny byt duchowy, intencjonalnie ukonstytuowany w procesie historycznego ludzkiego współistnienia ze światem” (s. 25).

²⁴ M. Augé, dz. cyt., s. 53.

²⁵ M. de Certeau, dz. cyt., s. 117.

²⁶ M. Augé, dz. cyt., s. 59.

²⁷ Przywołać w tym miejscu koncepcję Augé’a możemy, jeżeli odrzucimy proponowane przez antropologa jednoznaczne negatywne wartościowanie nie-miejsc, ich lokalizację w ramach późnokapitalistycznej zachodniej kultury oraz postulowaną w „antropologii hipernowoczesności” pustkę semantyczną i słabość ontologiczną *non-lieux*. Infirmerium zawierać będzie w sobie możliwość nie-miejsca.

²⁸ O teorii defektu zob. I. Boruszkowska, *Defekty. Literackie auto/patografie – szkice*, Kraków 2016.

infirmeryjne z punktu widzenia fenomenologii jak na przestrzeń doświadczoną, ukonstytuowaną w przeżywaniu choroby i napełnioną treścią tego doświadczenia²⁹.

Atopiczny wymiar infirmerium³⁰

Przestrzeń infirmaryjna wiąże się z atopią (gr. *atopos* – „nie na swoim miejscu”), w doświadczeniu której miejsce chorobowe będzie instrumentem autoidentyfikacji podmiotu defektywnego, identyfikacji tożsamości płynnej, nietrwałej, hybrydycznej, niejako bez przynależności, opartej na wykluczeniu.

Według Zuzanny Dziuban atopia ma zbliżające ją do Foucaultowskiej kategorii heterotopii cechy, uznać ją można:

z jednej strony, za przestrzeń heterogeniczną, w którą wpisane są różne, często nieprzystające do siebie porządki sensów, i która, w związku z tym, generuje nie jedną, lecz wiele interpretacji czy [...] sposobów użycia przestrzeni. [...] Atopia tak ujęta to przestrzeń dezorientująca, wieloznaczna, miejsce raczej nadmiaru niż pustki. Z drugiej strony zaś atopię porównać można z Foucaultowską przestrzenią heterogenizującą, która sytuując się poza granicami „rzeczywistej”, społecznie czy kulturowo zdefiniowanej przestrzeni, podważa oczywistość i naturalność przypisywanych tej drugiej znaczeń. [...] Inność i obcość atopii prowokuje, by spojrzeć na znaną i interpretowaną dotąd w całkowicie nie problematyczny sposób przestrzeń właśnie z perspektywy tej inności³¹.

Miejsca naznaczone doświadczeniem choroby stają się atopiami – nabierają cech „miejsca ciemnego, niemożliwego do zdekodowania, nieprzejrzystego”³², obcego, dziwnego, czy wręcz przerażającego³³, rozszerzają się w sferę wykorzenienia, zbliżają do asemantycznego nie-miejsca. Infirmerium ma status miejsca, w którym przeżywamy jedno z podstawowych doświadczeń nowoczesności – doświadczenie choroby i doświadczenie śmierci,

²⁹ Zob. pojęcia przestrzeni przeżywanej (doświadczanej) u Edmunda Husserla i Martina Heideggera, którzy piszą o konstytuowaniu miejsca poprzez doświadczanie i relacyjności przestrzeni i człowieka. M. Heidegger, *Bycie i czas*, tłum. B. Baran, Warszawa 2005; tenże, *Budować, mieszkać, myśleć. Eseje wybrane*, tłum. K. Michalski, Warszawa 1977.

³⁰ Za zwrócenie uwagi na atopiczny potencjał przestrzeni infirmaryjnej dziękuję dr Michalinie Kmiecik.

³¹ Z. Dziuban, *Atopia — poza miejscem i nie-miejscem*, [w:] *Czas przestrzeni*, red. K. Wilkowska, Kraków 2009, s. 308–309.

³² M. Kmiecik, *Oblicza miejsca. Topiczne i atopiczne wyobrażenia przestrzeni w poezji Juliana Przybosa*, Kraków 2013, s. 10.

³³ Zob. A. Dziadek, *Atopia – stadność i jednostkowość*, „Teksty Drugie” 2008, nr 1–2, s. 237–243.

ale także związane z nimi odczuwanie izolacji oraz stygmatyzacji, kiedy jednostka zostaje zamknięta (często bez swojej zgody) lub umieszczona w miejscu odosobnienia, gdzie poddawana jest zabiegom leczniczym, przez to nosi cechy atopiczne, jak je określa Dziuban: „jest [...] przestrzenią radykalnie nieudomowioną, generującą doświadczenie dystansu, obcości, nieswojości”³⁴.

Infirmarium stanie się zatem **metaforą choroby** jako stanu egzystencjalnego, będzie reprezentacją wewnętrznych miejsc trawionych emocjami (np. smutkiem), miejsc przejawiania się afektu. Wydaje się ono także wymownym symbolem przestrzeni marginalizowanej ze względu na chorobę. Dodajmy przy tym, że posiadać może prócz negatywnych i pozytywne konotacje. Jednak negatywne znaczenie, jakie w przeważającej części literackich tekstów ma szpital psychiatryczny, nie musi przekładać się na infirmerium. Tekst infirmeryjny niekoniecznie konotuje opresyjność względem pacjentów czy wytwarza w przebywającym w nim podmiocie przemożną chęć ucieczki albo buntu.

Tekst infirmeryjny

Z tej siatki krzyżującej **miejsca** (dosłowne, archetypiczne, uniwersalne, wyobrażone) z doświadczeniem medycznym powstać może swoista **mapa** układów przestrzennych, która pozwoli zrekonstruować wyizolowany mikrokosmos, kształtujący imaginację pisarek i pisarzy, dyskursywizujących chorobę i dokonujących tekstualizacji doświadczenia medycznego. W opisie historycznym, jak również w opisie literackim czy powszechnej świadomości, istnieją różnorodne sposoby konceptualizacji **przestrzeni medycznej (zmedykalizowanej)** – przestrzeni innego typu, zamkniętej, niedostępnej i rządzącej się swoimi prawami. Pojęciem łączącym wszelkie narracje o specyficznym doświadczeniu medycznym z miejscem/przestrzenią, będzie tekst infirmeryjny, spajający dyskurs choroby (ale też zdrowia) z perspektywą spacjalną. Mówiąc o tekście infirmeryjnym, wchodzimy w bardzo rozległy i wielopłaszczyznowy obszar między literaturą a medycyną.

Tekst infirmeryjny to nie tylko wszelkie spacjalne narracje o doświadczeniach medycznych, ale też o skrajnych doświadczeniach emocji (siła afektu), chorobach somy i psyche, instytucjach medycznych i zawodowych czy społecznych rolach w ich obrębie, historii chorób (zwłaszcza w formie narracji autobiograficznych), afektywne konstrukcje, gdzie emocje po-

³⁴ Z. Dziuban, dz. cyt., s. 306.

siadają rolę „odgrywania” świata i konstytuowania tożsamości. Ponadto istotnym wymiarem, o którym nie można zapomnieć, mówiąc o dyskursie, retoryce, poetyce czy tekstualizacji doświadczenia choroby, jest **ciało** pacjenta, kuracjusza bądź każdego innego podmiotu poddającego analizie lub przeżywającego symptomy choroby. Dla tego typu opowieści elementem istotnym będzie zatem poetyka choroby, ale może nim być też narracja uzdrowieńcza czy wszelkie strategie narracyjne prezentujące doświadczenie choroby, przy czym dyskursywizacja ciała chorego i somaestetyka stają się niemal koniecznym elementem (auto)charakterystyki bohaterów: z całym swoim zróżnicowaniem przeważa w tekście infirmaryjnym retoryka chorobowo-cielesna. Kontekst medyczny dostarcza różnych przykładów uprzedmiotowienia **ciała chorego** (przez pacjenta, przez lekarza), zgromadzonych w różne instytucjonalne i systemowe działania (praktyka lecznicza jako schematyczny sposób postępowania z ciałem pacjenta i czynności podejmowanych wobec ciała). Ciało cierpiącego postrzegane jest bowiem w dyskursie medycznym jako maszyna, której poszczególne części można wymienić bądź usprawnić czy naprawić. Ten biomechaniczny model ciała funkcjonuje przez ostatnie stulecia, doprowadzając do tak zwanego „kryzysu współczesnej medycyny”³⁵. Ma to wpływ na interpretację choroby i relacje między doświadczeniem choroby a miejscem jej zaistnienia – ciałem, warunkuje uprzedmiotowienie ciała i jednostki, rzutując na przedstawienia infirmaryjne³⁶. Przedmiotem szczególnej troski i zainteresowania chorego podmiotu czy lekarza staje się ciało, ale rzadko ciało w całości, jako organizm – raczej poszczególne jego części czy narządy zajęte chorobą. Model biomechaniczny, oparty na Kartezjańskim podziale na ciało i umysł, skupiony na sferze somatycznej, nie jest jedynym modelem postrzegania ciała funkcjonującym w medycznym dyskursie³⁷. Nie ulega wątpliwości,

³⁵ Zob. J.A. Marcum, *Biomechanical and phenomenological models of the body, the meaning of illness and quality of care*, „Medicine, Health Care and Philosophy” 2004, nr 7, s. 311–320.

³⁶ Odmianą ciekawą perspektywą doświadczenia medycznego jest sytuacja, gdy ograniczone przestrzennie ciało chorego gwarantuje somatyczny kontakt z miejscem zewnętrznym.

³⁷ Inne to m.in. ujęcie holistyczne oparte na wschodniej filozofii – zob. C.J. Fries, *Self-care and complementary and alternative medicine as care for the self: An embodied basis for distinction*, „Health Sociology Review” 2013, nr 20, s. 37–51; czy ujęcie fenomenologiczne odwołujące się do filozofii E. Husserla, M. Heideggera, J.-P. Sartre’a – zob. H. Carel, *Phenomenology as a resource for patients*, „Journal of Medicine and Philosophy” 2012, nr 37, s. 37–113; bądź model biopsychospołeczny G.L. Engla – zob. G.L. Engel, *The Reed for a new medical model: a challenge for biomedicine*, „Science” 1977, nr 196, s. 129–136. Model biopsychospołeczny George’a L. Engla zakłada, że człowiek jest psychosomatyczną jednością, w której sfery biologiczna, psychiczna i społeczna są tak samo ważne, a choroba może być warunkowana przez różne czynniki z powyższych sfer pochodzące. Z propozycją Engla wiąże się rozróżnienie na chorobę rozumianą biomedycznie (*disease*) oraz chorobę jako podmiotowe doświadczenie

że psychofizyczny podmiot – umiejscowione ciało i ciało jako przestrzeń – wchodząc w relacje z miejscem i sam będąc przestrzenią³⁸, pozostaje zwornikiem infirmeryjnych analiz, gdzie doświadczenie somatyczne łączy się z wyobrażeniami przestrzennymi.

Na poziomie tematu tekst infirmeryjny wyróżnia obecność wątków psycho/somatycznych, defektów, patologicznych odmienności, etiologii chorób lub ich symboliki czy swoistej mitologii³⁹. W języku polskim słowo defekt ma dwa podstawowe znaczenia, które zbliżają je do kategorii choroby (somatycznej bądź psychicznej) – znaczenia te to brak i ułomność, a innymi używanymi powszechnie synonimami słowa defekt są wada i uszkodzenie. Kategoria choroby, zwłaszcza choroby psychicznej, powodowała wykluczenie dotkniętej nią jednostki. Stygmatyzacja, naznaczenie, zepchnięcie na stronę nierozumu, zamknięcie, odizolowanie i próby leczenia, doprowadzenia do bezpiecznego i znanego stanu normy – takie elementy związane z funkcjonowaniem jednostek naznaczonych chorobą – będą obecne w tekście infirmeryjnym⁴⁰. W kontekście literatury infirmeryjnej użyć można słowa defekt jako pojemnej kategorii, zapożyczyć je do próby objęcia refleksją tego, co występuje pod nazwami „szaleństwo” (*madness*), „choroba psychiczna” (*mental illness*), „melancholia”, „depresja” etc., a co posiada swoje literackie reprezentacje w formie tekstualizacji doświadczenia medycznego. Przy czym należy pamiętać, że nie jest to określenie pejoratywne, nie przejmować negatywnego wartościowania – w dużym uproszczeniu: braku jako coś gorszego, a choroby jako kary.

Samo użycie pojęcia „defekt” (w znaczeniu choroby) stwarza możliwość badania zjawisk psychopatologicznych, a także służyć może opisaniu niektórych form patologicznego doświadczenia zawartego w literaturze. Warto zwrócić uwagę na podobieństwo afektu i defektu – obydwa fenomeny znajdują się na marginesie *logosu* (pojmowanego jako *ratio*). Poza tym afekty i szaleństwo są pierwiastkiem dionizyjskim – nieokiełznanym, dzikim, nad którym nie panujemy. Jedno i drugie pojęcie odnosi się do ludzkich uczuć i namiętności, związanych z psychicznymi aspektami cierpienia, bólu, ekstazy, radości, smutku oraz zawiera w sobie odmienny sposób emocjonalnej percepcji zewnątrz (połączony z zakłóceniem równowagi w wegetatywnym

(*illness*), a także uznanie owego subiektywnego medycznego doświadczenia pacjenta za integralną część diagnostyki i postępowania klinicznego. Model ten pozwala scalić humanistyczne (psychologiczne, socjologiczne, filozoficzne, egzystencjalne) rozumienie choroby i podejście do pacjenta z biologiczno-medycznym.

³⁸ H. Markiewicz, dz. cyt., s. 147: „także postaci utworu są twórcami przestrzennymi”.

³⁹ Kulturowa historia chorzeń takich jak gruźlica, rak, AIDS. Zob. S. Sontag, *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, tłum. J. Anders, Kraków 2016.

⁴⁰ Szczególnie interesującą topofigurą infirmeryjną będzie szpital psychiatryczny, ale to temat wymagający pogłębionego i odrębnego opracowania.

układzie nerwowym albo z jej przywróceniem i związany z występowaniem różnych symptomów fizjologicznych, jak na przykład czerwienienie twarzy, wzmożone bicie serca, nadmierne wydzielanie śliny itp.). Afekt jako emocjonalne zdarzenie o dużej sile oddziaływania, choć krótkotrwałe, może doprowadzić do zmian w zakamarkach ludzkiej psychiki, które odebrane zostaną jako szaleństwo czy też choroba psychiczna. Najważniejszymi miejscami wspólnymi afektu i defektu będą: irracjonalne źródło, połączenie somy i psyche, wyłączenie ze zdroworozsądkowego porządku, przynależność do pola napięć psychicznych, istotność emocjonalność. Afekt i defekt wymykają się binarnym opozycjom i racjonalnym podziałom.

Przedmiotem refleksji i opisu literatura infirmeryjna czyni między innymi tekstowe realizacje różnorodnych konstruktów, mieszczących się na wspólnej dla afektu i defektu płaszczyźnie, takich jak mania (z radości), melancholia/depresja (smutek), anoreksja (wstręt), antyspołeczne zaburzenia osobowości (złość) czy zaburzenia lękowe, w tym fobie (lęki), a zatem literackie reprezentacje chorób psychicznych. Wyodrębnić można wiele wspólnych elementów i semantycznych cech łączących teksty, które określiliśmy jako infirmeryjne. Podejmują one, jak powiedziano, kwestie relacji między chorobą, miejscem a bohaterem. W grupie tekstów infirmeryjnych nie tylko podobny typ miejsca jest elementem spajającym. Pojawia się także pewien schemat reprezentacji podmiotu w kryzysie (chorobie) oraz model narracji doświadczenia choroby.

Charakterystycznymi dla tekstu infirmeryjnego kryteriami utworu literackiego będą zatem:

- tekstowa reprezentacja doświadczenia medycznego,
- kreacja podmiotu defektywnego,
- relacje między somą/psyche a miejscem,
- redefinicja związków człowieka i zdrowia/choroby.

Opowiadać o doświadczeniu medycznym można na różne sposoby, poprzez praktyki i miejsca, w zależności od przyjętej retoryki, wyznaczników gatunku, jednostkowego doświadczenia lub zasobu wiedzy, bądź perspektywy, z której płynie narracja. Jak literatura mówi o chorobie i zdrowiu, czy też o tej subtelnej granicy pomiędzy nimi? Główne strategie mówienia o chorobie można ująć w trzy grupy, które roboczo i opisowo określe jako abstrakcje, dygresje i rejestracje. **Strategia abstrakcji** polegać będzie na wykreowaniu w utworze literackim abstrakcyjnego dla autora doświadczenia medycznego. Mowa o sytuacjach, gdy piszący umieszcza w znanej pobieżnie bądź zupełnie nieznaną medycznej przestrzeni postaci, których doświadczenie będzie mu w jakimś sensie obce, ponieważ nie jest znane z autopsji, nie zostało przezeń przeżyte, wypływa ze świata jego fantazji, polega na słownym wykreowaniu obrazu, przeżyć, stanów i sytuacji doświadczenia

medycznego. W obrębie tej koncepcji znajdzie się także miejsce dla chorób wyobrażonych, zmyślonych/wymyślonych przez autorów, które w opisanej konfiguracji symptomów nie istnieją w żadnej klasyfikacji medycznej⁴¹. Drugi ze wspomnianych sposobów – **stratega rejestracji** – odsyłać nas będzie do psychicznego bądź fizycznego bólu, który znany jest osobie piszącej, a zatem znajdziemy się w obrębie literatury autobiograficznej czy też w jej nurcie ściśle związanym z doświadczeniem choroby, który można określić jako literaturę autopatograficzną, ale do której należy zaliczyć też zbeletryzowane zapisy wspomnień czy przeżyć. Autorzy będą tu rejestrować własne doświadczenie choroby, jego przebieg, praktyki lecznicze, swój stan egzystencjalny i sensory przeżywanego doświadczenia. Literatura wykorzystująca tę strategię wnikać będzie w intymną sferę bólu, prezentując najbardziej osobiste przeżycia chorego, który zdecydował się swoje doświadczenia zapisać. Zaś pomiędzy tymi dwoma sposobami opisu choroby znajdzie się całe spektrum innych, które określe roboczo jako **strategię dygresji**, gdzie opisanie doświadczenia medycznego ani nie jest oparte na własnych przeżyciach i nie jest analizą przeżytego bólu, ani nie stanowi osi wykreowanej fabuły czy świata przedstawionego, a jest jedynie wspomniane, muśnięte, przywołane, stanowiąc kontekst, bez nadmiaru i intensywności charakterystycznych dla strategii pozostałych.

Konceptualizując i tekstualizując chorobę, sięgamy po różne środki i praktyki rozmaitych dyskursów i narracji. Praktyki pisanie i czytanie choroby otwierają istotne pola badawcze, pola porozumienia różnych dyscyplin i różnych perspektyw. Sposoby opowiadania o chorobie i doświadczeniu medycznym rytualizują się, wytwarzając schematy jej prezentowania, tworząc przedstawienia ikoniczne i podlegając zabiegom teatralizacji czy mitologizacji. Język potoczny, traktaty naukowe czy popularnonaukowe, literackie reprezentacje czy filmowe wyobrażenia, posługują się mechanizmami, które z choroby czynią obrastający znaczeniami fenomen kulturowy, przynależący do sfery osobistego doświadczenia, posiadający jednocześnie społeczny charakter.

Prócz wskazanych powyżej wyznaczników tematycznych podsumować można także krąg cech formalnych tekstu infirmeryjnego, związanych ze sposobem pisanie doświadczenia medycznego, które zgrupować można następująco:

⁴¹ Dwie podstawowe klasyfikacje medyczne, do których należałoby odesłać w poszukiwaniu rzeczywistych schorzeń, to ICD i DSM. Pierwsza z nich, opracowana przez WHO *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10)*; Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta ICD-10, Kraków 2008. Druga zaś, stosowana szczególnie w przypadku zaburzeń psychicznych – klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, Washington–London 2013.

– w narracjach reprezentujących strategię abstrakcji: elementem organizującym strukturę tekstu jest tematyka choroby, elementem świata przedstawionego utworu jest infirmerium, przedstawiane doświadczenie medyczne nie jest znane autorowi z autopsji, wszelkie gatunki literatury, różnorodne figuracje choroby;

– w narracjach reprezentujących strategię rejestracji: autobiografizm, narracja pierwszoosobowa, podmiot tekstowy tożsamy z autorem, narracja ma charakter relacji i autoprezentacji, introspekcyjny charakter refleksji podmiotu, literatura autopatograficzna, gatunkowo najczęściej są to dzienniki choroby, pamiętniki pisane w trakcie leczenia, często jako element terapii (*cure writting*), (auto)terapeutyczny rys utworów;

– w narracjach reprezentujących strategię dygresji: wskazane wyżej elementy pozostają jedynie jednym z elementów tekstu.

Pozostałe istotne w przypadku dyskursu infirmaryjnego składniki narracji to:

- poczucie wyobcowania i przerażenia sytuacją choroby,
- hierarchiczność potęgująca poczucie izolacji,
- podziały na zdrowych i chorych, personel medyczny i pacjentów,
- hospitalizacja poprzez swoją przymusowość traktowana jako „uwięzienie”,

- stygmatyzacja chorego, wykluczanie poza nawias społeczny, spychanie na margines,

- lokalizacja wskazująca na odmienność i autonomiczność miejsca – poza miastem, na uboczu, z dala od ludzkich skupisk,

- utrata poczucia czasu, spowolnienie czasu, zachwianie biograficznej temporalności,

- monotonia i rutyna hospitalizacji – powtarzalność elementów terapii,
- sprzeciw wobec schematycznym opozycjom binarym.

Przestrzeń infirmaryjna, jakkolwiek skonfigurowana, jest dysponentem różnorodnych znaczeń metaforycznych, posiadając charakter przestrzeni autonomicznej i relacyjnej jednocześnie.

Literatura infirmaryjna

Przykładem infirmerium może być szpital, szpital psychiatryczny⁴², sanatorium, hospicjum, gabinet terapeutyczny czy inne podobne miejsca.

⁴² Historia szpitali dla chorych psychicznie sięga średniowiecza. Istniały wówczas prowadzone przez zakonników izby chorych, a w XVIII wieku masowo powstawały przytułki dla chorych. Chorych umysłowo niemal zawsze i wszędzie niewolono, zamykano, pozbawiano prawa głosu i prawa samostanowienia o sobie. Warto przywołać jeden z najstarszych tego

Termin „szpital” ma negatywne konotacje; to raczej miejsce izolacji, wykluczenia, przebywania Innego/odmieńca, zamkniętej twierdzy, w której jednostki z defektem poddane są presji biowładzy i medykalizacji (tak, by nie zagrażać ludziom „zdrowym”), nie zaś miejsce, w którym można odzyskać zdrowie. Szpital bowiem ma chronić „zdrowe” społeczeństwo przed „chorymi” jednostkami. Nawet pobieżna analiza obrazu miejsc infirmaryjnych w literaturze pozwala ustalić powtarzające się elementy topografii miejsc doświadczenia medycznego – czy będzie to klinika psychiatryczna określana przez Sylwię Plath w *Szklanym kloszu* jako „pensjonat”, czy szpitale psychiatryczne traktowane przez Goffmana jako *quasi*-więzienia. W konstruowanym przez literaturę infirmaryjną obrazie szpitala psychiatrycznego dominują dwa przeciwstawne warianty opisu. Po pierwsze, pensjonat/kurort⁴³ – bezpieczna przystań, dom, w którym w przyjaznej atmosferze i w wyniku nieinwazyjnych zabiegów relaksacyjnych chorzy wracają do zdrowia. Po drugie, więzienie – miejsce przymusowego zesłania, wrogie i obce, realizujące Goffmanowsko-Foucaultowski model postrzegania przestrzeni zamknięcia, traktowane totalitarnie miejsce sprawowania władzy nad jednostką⁴⁴. Wśród najczęściej wykorzystywanych strategii ujarzmiających (w Foucaultowskim znaczeniu) podmiot znajdziemy izolację (zamykanie chorego) oraz stygmatyzację (wykluczenie), przy jednoczesnym wykorzystaniu mechanizmów dyscyplinujących.

W literaturach różnych krajów znaleźć można teksty, w których topos infirmerium odgrywa istotną rolę, a uprzywilejowanie tego motywu warunkowane jest wieloma czynnikami społecznymi, politycznymi, historycznymi – na przykład rozpowszechnienie się metod diagnozowania czy leczenia, moda na kurorty i sanatoria (XIX/XX wieku) bądź na psychoterapię czy medycynę estetyczną (XXI wieku), epidemie i wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne. Można przypuszczać, że występowanie różnych wariantów topofigury infirmerium jest, najogólniej mówiąc, świadectwem kryzysu współczesności,

typu przytułków, założony w XII wieku w Londynie przy klasztorze Najświętszej Marii Panny Betlejemskiej, znany powszechnie jako Bedlam – mający złą sławę szpital dla nerwowo chorych, synonim pozbawionego rozumowego nadzoru szaleństwa, symbol „wielkiego zamknięcia”. Zob. J. Andrews, *The History of Bethlem*, London–New York 1997.

⁴³ Sanatoria dla nerwowo chorych.

⁴⁴ Prywatne i państwowe kliniki dla nerwowo chorych pełniły funkcję nadzorczą wobec pacjentów, którzy ciążyły rodzinom, nie zaś miejsca praktyk leczniczych. O złej sławie paryskich przytułków *Bicêtre* (szpital dla mężczyzn) i *Salpêtrière* (szpital dla kobiet), w których w XVIII wieku chorych psychicznie przetrzymywano razem z przestępcami i bezdomnymi, pisze historyk psychiatrii Edward Shorter: „podopieczni byli regularnie bici, krępowani łańcuchami i trzymani w zastraszająco podłych warunkach higienicznych” – zob. E. Shorter, *Historia psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę Prozacu*, tłum. P. Turski, Warszawa 2005, s. 16.

komplikacji na linii zdrowie – choroba, jednostka – społeczeństwo, ja – Inny. Wizerunki szpitali dla nerwowo i psychicznie chorych, *asylum*, sanatoriów, domów i instytucji opieki społecznej czy zakładów lecznictwa zamkniętego stanowiły częsty motyw literatury, filmu i innych tekstów kultury. Rola społeczno-kulturowa szpitali psychiatrycznych znajduje różnorodne conceptualizacje w tekstach literackich, dla przykładu podać możemy choćby takie powieści z wątkiem szpitala psychiatrycznego, jak *Mistrz i Małgorzata* Michaiła Bułhakowa czy *Szpital przemienienia* Stanisława Lema, *Opowieści szaleńca* Johna Katzenbacha, opowiadanie Antoniego Czechowa *Sala nr 6* lub dramat *Fizycy* szwajcarskiego dramaturga Friedricha Dürrenmatta. Niezależnie od tego, czy uwaga autorów skupiona była na prezentacji postaci umysłowo chorych bohaterów, metod leczenia, czy też reakcji „normalnego” społeczeństwa, w tle tych wątków pojawia się szpital psychiatryczny. Analiza stworzonego przez pisarzy modelu infirmerium i porównanie choćby dwóch wyobrażeń stwarza możliwość wywiedzenia kilku cech wspólnych i elementów uniwersalnych omawianego motywu. Sam termin i obraz tej instytucji kryje w sobie coś tajemniczego, groźnego i niesamowitego, wiąże się z negatywnymi skojarzeniami, często wzbudza lęk poprzez konotacje z izolacją, bólem, samotnością. Jest to dość specyficzne, zważywszy na fakt pierwotnego przeznaczenia tych miejsc – w szpitalach ma przecież wracać się do zdrowia.

Tekst infirmaryjny oferuje alternatywny sposób mapowania literatury punktami, w których przebywa podmiot w kryzysie, podmiot defektywny. Nieważne, czy nazwiemy je (za Foucaultem) heterotopiami dewiacji, czy miejscami konstytuowania się defektu, lub też miejscem (auto)refleksji podmiotu patologicznego – stwarza on możliwość rozpoznania zależności między „chorą” (nawet jeżeli „choroba” jest jedynie narzuconą z zewnątrz etykietką) jednostką a miejscem (światem, czasem, przestrzenią) istnienia kondycji ludzkiej i konstytuowania się tożsamości w różnych społeczno-kulturowych i literackich sytuacjach. A w szerszym znaczeniu pozwala przyjrzeć się subtelny relacjom między poetyką a polityką doświadczenia⁴⁵ choroby.

Mamy do dyspozycji ogromne archiwum tekstów infirmaryjnych, które prezentują doświadczenie medyczne, umiejscawiają chorobę, kreują psychosomatyczne miejsca i przestrzenie medyczne, mówią o sensach choroby i zdrowia, pacjentach, lekarzach, medycznych/leczniczych praktykach i lecznictwie/medycynie, zmaganiach z cielesnymi i psychicznymi konsekwencjami choroby. Ujęta w nich defektywność funkcjonuje jako dyspozycja

⁴⁵ Termin „poetyka doświadczenia” jest propozycją Ryszarda Nycza, zaś, przywołując „politykę doświadczenia”, odsyłam do poglądów antypsychiatry R. Lainga. Zob. R. Nycz, *Poetyka doświadczenia. Teoria – nowoczesność – literatura*, Warszawa 2012; R. Laing, *Polityka doświadczenia. Rajski ptak*, tłum. A. Grzybek, Warszawa 2005.

podmiotu, rozpoznawcza cecha ludzka – w chorobie bowiem dokonujemy identyfikacji nieuchronności losu, widzimy w niej antycypację śmierci. A ponadto daje możliwość ucieczki, jest wentylem bezpieczeństwa dla obciążonej psychiki i zmęczonego ciała.

BIBLIOGRAFIA

- Agacinski S., „*Chefs-lieux*”, [w:] *La Ville inquiète*, ed. J.-B. Pontalis, Paris 1989.
- Agnew J., *Place and Politics. The Geographical Mediation of State and Society*, Boston 1987.
- Andrews J., *The History of Bethlem*, London–New York 1997.
- Augé M., *Nie-miejsca. Wprowadzenie do antropologii hipernowoczesności*, tłum. R. Chymkowski, Warszawa 2011.
- Bachelard G., *Dom rodzinny i dom oniryczny*, tłum. A. Tatarkiewicz, [w:] tegoż, *Wyobrażenia poetycka*, Warszawa 1975.
- Bachtin M., *Czas i przestrzeń w powieści*, tłum. J. Faryno, „Pamiętnik Literacki” 1974, nr 4, s. 273–311.
- Boruszkowska I., *Defekty. Literackie auto/patografie – szkice*, Kraków 2016.
- Buczyńska-Garewicz H., *Miejsca, strony, okolice. Przyczynek do fenomenologii przestrzeni*, Kraków 2006.
- Carel H., *Phenomenology as a resource for patients*, „Journal of Medicine and Philosophy” 2012, nr 37, s. 37–113.
- Certeau M. de, *Wynaleźć codzienność. Sztuki działania*, tłum. K. Thiel-Jańczuk, Kraków 2008.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, Washington–London 2013.
- Dziadek A., *Atopia – stadność i jednostkowość*, „Teksty Drugie” 2008, nr 1–2, s. 237–243.
- Dziuban Z., *Atopia — poza miejscem i nie-miejscem*, [w:] *Czas przestrzeni*, red. K. Wilkoszewska, Kraków 2009, s. 297–309.
- Engel G.L., *The Reed for a new medical model: a challenge for biomedicine*, „Science” 1977, nr 196, s. 129–136.
- Foucault M., *Heterotopie – Inne przestrzenie*, tłum. A. Majewska, „Teksty Drugie” 2005, nr 6, s. 117–125.
- Foucault M., *Historia szaleństwa w dobie klasycyzmu*, tłum. H. Kęszycka, Warszawa 1987.
- Foucault M., *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, tłum. T. Komendant, Warszawa 1998.
- Fries C.J., *Self-care and complementary and alternative medicine as care for the self: An embodies basis for distinction*, „Health Sociology Review” 2013, nr 20, s. 37–51.
- Heidegger M., *Budować, mieszkać, myśleć. Eseje wybrane*, tłum. K. Michalski, Warszawa 1977.
- Heidegger M., *Bycie i czas*, tłum. B. Baran, Warszawa 2005.
- Kępiński A., *Poznanie chorego*, Kraków 2013.

- Kmiecik M., *Oblicza miejsca. Topiczne i atopiczne wyobrażenia przestrzeni w poezji Juliana Przybosa*, Kraków 2013, s. 10.
- Laing R., *Polityka doświadczenia. Rajski ptak*, tłum. A. Grzybek, Warszawa 2005.
- Marcum J.A., *Biomechanical and phenomenological models of the body, the meaning of illness and quality of care*, „Medicine, Health Care and Philosophy” 2004, nr 7, s. 311–320.
- Markiewicz H., *Wymiary dzieła literackiego. Prace wybrane*, t. 4, Kraków 1996.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10*): Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta ICD-10, Kraków 2008.
- Minc Z., *Struktura „przestrzeni artystycznej” w liryce A. Błoka*, tłum. J. Faryno, [w:] *Semiotyka kultury*, wyb. i oprac. E. Janus i M.R. Mayenowa, Warszawa 1977, s. 267–303.
- Nycz R., *Poetyka doświadczenia. Teoria – nowoczesność – literatura*, Warszawa 2012.
- Rewers E., *Post-polis. Wstęp do filozofii ponowoczesnego miasta*, Kraków 2005.
- Rybacka E., *Geopoetyka (o mieście, przestrzeni i miejscu we współczesnych teoriach i praktykach kulturowych)*, [w:] *Kulturowa teoria literatury. Główne pojęcia i problemy*, red. M.P. Markowski, R. Nycz. Kraków 2006, s. 477–482.
- Rybacka E., *Od poetyki przestrzeni do polityki miejsca. Zwrot topograficzny w badaniach literackich*, „Teksty Drugie” 2008, nr 4, s. 21–38.
- Rykiel Z., *Miasto jako miejsce a przemiany jego architektury, symboliki i świadomości terytorialnej mieszkańców*, [w:] *Przemiany miasta. Wokół socjologii Aleksandra Wallisa*, red. B. Jałowiecki, A. Majer, M.S. Szczepański, Warszawa 2005, s. 68–83.
- Schlögel K., *Spatial turn, nareszcie*, [w:] tegoż, *W przestrzeni czas czytamy. O historii cywilizacji i geopolityce*, tłum. I. Drozdowska, Ł. Musiał, posłowie H. Orłowski, Poznań 2009, s. 56–68.
- Shorter E., *Historia psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę Prozacu*, tłum. P. Tur-ski, Warszawa 2005.
- Sławiński J., *Przestrzeń w literaturze: elementarne rozróżnienia i wstępne oczywistości*, [w:] *Przestrzeń i literatura: studia*, red. M. Głowiński, A. Okopień-Sławińska, Warszawa 1978, s. 9–22.
- Sontag S., *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, tłum. J. Anders, Kraków 2016.
- Terytorium, region, miejsce – czas i przestrzeń w geografii*, pod red. W. Maika, K. Rem-bowskiej, A. Suliborskiego, Bydgoszcz 2008.
- Tuan Yi-Fu, *Przestrzeń i miejsce*, tłum. A. Morawińska, Warszawa 1987.

